

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1945.

N°

THÈSE 170

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henriette ARDILLIER

Née le 25 Décembre 1919, à Choisy-le-Roi (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 2 Mars 1945

Nouvelle épreuve diagnostique de l'appendicite chronique et des entéronévroses

Président : M. Henri BENARD, Professeur

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1947

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Nom du Candidat: **ARDILLIER.**

Prénom: **Henriette.**

Date de la soutenance: 2 Mars 1945

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le service du Secrétariat de la Faculté

ARDILLIER (Henriette). —

Nouvelle épreuve diagnostique de l'appendicite chronique et des entéronévroses. — *Paris, Maurice Lavergne, imprimeur, 1947, in-8°, 56 pages.*

(Thèse Méd. (Et.), Paris, 1945,
N°).

ARDILLIER (Henriette). —

Nouvelle épreuve diagnostique de l'appendicite chronique et des entéronévroses. — *Paris, Maurice Lavergne, imprimeur, 1947, in-8°, 56 pages.*

(Thèse Méd. (Et.), Paris, 1945,
N°).

ARDILLIER (Henriette). —

Nouvelle épreuve diagnostique de l'appendicite chronique et des entéronévroses. — *Paris, Maurice Lavergne, imprimeur, 1947, in-8°, 56 pages.*

(Thèse Méd. (Et.), Paris, 1945,
N°).

ARDILLIER (Henriette). —

Nouvelle épreuve diagnostique de l'appendicite chronique et des entéronévroses. — *Paris, Maurice Lavergne, imprimeur, 1947, in-8°, 56 pages.*

(Thèse Méd. (Et.), Paris, 1945,
N°).



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1945.

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henriette ARDILLIER

Née le 25 Décembre 1919, à Choisy-le-Roi (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 2 Mars 1945

Nouvelle épreuve diagnostique de l'appendicite chronique et des entéronévroses

Président : M. Henri BENARD, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1947

DOYENS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, BAUDOUIN, ROUSSY

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBERTIN, BALTHAZARD, BASSET, BAUDOUIN, BEZANÇON, BRINDEAU
CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, A. COUVELAIRE, DELBET, HARTMANN,
HEITZ-BOYER, JEANNIN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMIERRE,
LENORMANT, MARION, MULON, OMBREDANNE, ROUSSY, ROUVIÈRE
SANNIÉ, SÉBILEAU, SÉZARY, TANON

DOYEN : LÉON BINET, *Membre de l'Institut*

ASSESEUR : JEAN VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER (f.f.).
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	{ BROCC. CADENAT. MONDOR. QUÉNU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.).
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (f.f.).
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale....	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Cliniques médicales	{ BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P.-VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	{ LANTUÉJOL. LÉVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	CIRAUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	ALAJOUANINE.

MM.

Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin-).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIÉDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (f.f.).
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET.
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (Henri).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULOUQUET.
Thérapeutique	LAROCHE (Guy).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
HALPEN (*Oto-Rhino-Laryngologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
Mlle J. LÉVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	{ CORDIER. DELMAS. DEBEYRE (f.f).	Obstétrique	{ DIGONNET. MAYER. SUREAU.
Anat. pathologique..	{ DELARUE. M ^{lle} GAUTHIER VILLARS.	Ophtalmologie	{ VARANGOT. OFFRET.
Bactériologie	{ BONNET. FASQUELLE.	Oto-rhino-laryngol..	{ AUBIN.
Biochimie médicale.	{ ETTORI. SCHAPIRA.	Parasitologie	{ BRUMPT, L.C. FEVRE.
Dermato-Syphillogra-	{ DEGOS.	Pathologie chirurgic.	{ HUGIER. LEGER.
Histologie	{ COUJARD. DESCLAUX.		{ MERLE D'AU- BIGNÉ.
Hydrologie	{ DEBRAY.	Psychiatrie	{ BARUK.
Hygiène	{ BOYER. DEPARIS.	Urologie	{ COUVELAIRE.
Médecine légale	{ DESOILLE.		{ PADOVANI.
Neurologie	{ DE SEZE.	Pathologie chirurgic.	{ PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.

Pathologie expérim..	MERKLEN.	Pédiatrie	(LAPLANE.
	(BROUET.		(MARIE (Jul.).
	CACHERA.	Pharmacologie	CHEYMOL.
	DECOURT.	Physiologie	(BARGETON.
	DREYFUS (G.)		(PARROT.
	FAUVERT.	Physique médicale .	DJOURNÉ.
	GARCIN.	Thérapeutique Agr.	BROUET.
Pathologie médicale.	HAMBURGER.	ch. dént.	
	KOURILSKY.		
	LAMY.		
	LENÈGRE.		
	MARCHAL.		
	MAURIC.		
	(SOULIE.		

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS

RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*),

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	(AMELINE.		(BARIETY.
	BASSET.		BOULIN.
Cliniq. chirurgicale.	DE GAUDART		CHEVALIER.
	D'ALLAINES.	Clinique médicale ..	COSTE.
	F. BRENTANO.		DE GENNES.
	GATELLIER.		HAGUENEAU.
	MENEGAUX.		MOLLARET.
Cliniq. obstétricale .	(ECALLE.		MOUQUIN.
	(LACOMME.		(TURPIN.
Clinique ophtholmol.	RENARD.	Clinique O.R.L.	HALPHEN.

V. — CHARGÉS DE COURS

Radiologie LEDOUX-LEBARD.

MM.

Secrétaire de la Faculté. J. MOREL.
Secrétaire-adjoint M. BRISSIAUD.
Bibliothécaire en Chef.. A. HAHN.
Bibliothécaires M^{lles} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR G. ARDILLIER

A MA MÈRE (*In Memoriam*)

A MON FIANCÉ

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur HENRI BENARD
Professeur de Pathologie Expérimentale à la Faculté
de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur
Médecin de l'Hôtel-Dieu

*En remerciement du grand honneur qu'il
nous a fait d'accepter la présidence de
cette Thèse.*

A Monsieur le Docteur

A.-R. SALMON-MALEBRANCHE

Ex-Chef de Clinique à la Faculté
Assistant des Hôpitaux

Dont le bienveillant accueil à la consultation de gastro-entérologie de l'Hôpital Cochin, nous permit de prendre la plupart de nos observations.

*Témoignage de vive reconnaissance pour
ses judicieux conseils et pour tout l'intérêt qu'il nous a porté.*

A Monsieur le Docteur MATHIEU-PIERRE WEIL
Médecin des Hôpitaux

*Qui nous a éclairé de ses précieux con-
seils. Son vivant Service restera pour
nous le meilleur souvenir de notre vie
hospitalière.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages

- M. le Professeur CARNOT
- M. le Professeur HARVIER
- M. le Docteur DESPLAS, Chirurgien des Hôpitaux

Externat

- M. le Professeur TERRIEN, *In Memoriam*
- M. le Professeur VELTER
- M. le Professeur LEREBOULLET, *In Memoriam*
- M. le Professeur Agrégé LELONG
- M. le Professeur VIGNES
- M. le Docteur BENOIST
- M. le Professeur Agrégé MÉNÉGAUX
- M. le Docteur ALBOT

INTRODUCTION

Au cours de nos études hospitalières, ayant eu l'occasion de suivre des services et des consultations de gastro-entérologie, nous avons été frappé de la difficulté qu'il y a à distinguer les signes organiques et fonctionnels au cours des affections gastriques et intestinales. Bien souvent il est impossible d'affirmer s'il s'agit d'une lésion anatomique ou de troubles dus à un déséquilibre nerveux, générateur d'atonie ou de spasme.

Ces constatations, nous les avons faites dans les Services de nos Maîtres : le Professeur Carnot et le Professeur Harvier, puis, plus récemment, à la consultation de gastro-entérologie dépendant de la clinique chirurgicale du Professeur Quénu, à l'Hôpital Cochin. Nous avons pu recueillir ainsi un certain nombre d'observations cliniques et thérapeutiques qui nous semblent intéressantes : pour établir, d'une façon précise, un test diagnostique facile à mettre en œuvre, pour distinguer les entéronévroses de l'appendicite chronique.

Nous tenons à remercier, tout d'abord, le Docteur Salmon, qui nous a accueilli à sa consultation de Cochin et qui a bien voulu nous diriger dans ce travail, dont il nous a inspiré l'idée.

Dans les pages qui vont suivre, nous nous efforcerons surtout de montrer la valeur pratique de l'épreuve diagnostique par l'association bromures-ésérine ; mais à cette occasion, nous rappellerons également l'effet extrêmement favorable de l'ésérine et des bromures dans toutes les affections fonctionnelles du tube digestif, et même dans beaucoup d'affections organiques auxquelles s'associent un certain nombre de troubles neuro-végétatifs.

HISTORIQUE

L'étude des gastronévroses et des entéronévroses ne remonte guère à plus d'un Siècle. C'est Barrias qui consacra le premier, en 1826, un livre aux troubles gastro-entérologiques d'origine nerveuse ; étudiant son propre cas, il individualisa dans cet ouvrage la dyspepsie pulsatile et montra le rôle du système nerveux dans la genèse de la constipation et de la diarrhée.

Pendant tout le cours du siècle, de nombreux auteurs étudièrent également ces gastro et entéronévroses, dont la fréquence fut fort discutée : les uns la jugeaient très grande, les autres niaient, ou presque, l'existence même de ces affections mal définies.

La découverte et l'étude plus précise des systèmes sympathique et parasympathique permit une nouvelle interprétation de ces troubles gastro-intestinaux ; ils apparurent comme des manifestations d'un déséquilibre du système nerveux neuro-végétatif.

Laignel-Lavastine, dans une série de recherches et dans son important ouvrage consacré au sympathique, essaya de préciser les syndromes digestifs d'origine nerveuse ; il établit une classification qui, après plus de quarante ans, reste encore valable dans ses grandes lignes.

En 1926, le professeur Chiray consacra une série de cours aux gastronévroses et aux entéronévroses, redonnant un regain d'actualité à ces termes, qui étaient alors quelque peu démodés.

Parallèlement à ces recherches, se faisaient celles qui devaient préciser la symptomatologie et la fréquence de l'appendicite chronique. Depuis les travaux de Jalaguier et le rapport de Brun (1911), la discussion se prolongea relative aux signes de cette affection et à sa thérapeutique, sans que l'on puisse arriver à un accord absolu.

Il y a une dizaine d'années, Flandin, Brulé, Jaquet et Gally, consacrèrent à la question un certain nombre d'articles qui montraient leur divergence de vues.

Tout récemment enfin (1942), A.-R. Salmon publiait un article consacré à la difficulté du diagnostic des entéronévroses et de l'appendicite chronique, et à l'importance de ce diagnostic pour prendre une décision thérapeutique judicieuse.

INTÉRÊT DE LA QUESTION

L'intérêt pratique de la question est grand, car de la précision du diagnostic dépendra la thérapeutique. Or, il peut y avoir de sérieux inconvénients à opérer trop rapidement un malade pour une fausse appendicite chronique.

Si l'on intervient sur un intestin malade dans sa totalité et plus ou moins infecté, on risque de provoquer une réaction de péricolite post-opératoire qui laissera comme séquelles extrêmement pénibles des adhérences. Si l'on intervient chez un malade névropathe, on obtiendra bien souvent une amélioration de courte durée, après laquelle seront ressentis des troubles douloureux aussi marqués qu'avant l'appendicectomie.

Il n'est pas facile de distinguer cliniquement un trouble purement fonctionnel d'une lésion organique de l'appendice. Tout récemment, Salmon a encore insisté sur cette difficulté de diagnostic de l'appendicite chronique : la symptomatologie de cette affection est très vague et demande à être recherchée avec soins. Il ne suffit pas de constater une douleur dans la région du point de Mac Burney pour affirmer l'appendicite chronique et se hâter d'opérer.

Le diagnostic ne peut être porté qu'après examen radiologique ; trop souvent la zone de Mac Bur-

ney répond, non pas à l'appendice ; mais à l'angle sous-hépatique du colon ptosé. A côté de ce contrôle radiologique et pour le remplacer dans les cas où il est impossible de l'utiliser, il est donc intéressant d'avoir une épreuve diagnostique, facile à mettre en œuvre. C'est à l'établissement d'une telle épreuve que nous nous sommes attaché, et ce sont les résultats que nous avons obtenus que nous exposerons dans ce qui suit.

Nous rappellerons tout d'abord brièvement les principaux symptômes sur lesquels peut s'appuyer le diagnostic d'appendicite chronique et celui des entéronévroses. Nous montrerons ensuite la valeur de l'épreuve pharmacologique bromures-ésérine.

DIAGNOSTIC POSITIF DE L'APPENDICITE CHRONIQUE

Depuis les travaux de Brun (1909) et le rapport de Walther au Congrès de chirurgie de 1911, une série de travaux publiés pendant les trente dernières années, montre que la symptomatologie de l'appendicite chronique est loin d'être définitivement précisée.

En 1935, A.-R. Salmon écrivait : « Trop de médecins se contentent encore pour affirmer l'appendicite chronique, d'un point de Mac Burney douloureux à la pression, sans vérification radiologique.

« Trop de chirurgiens se basent sur le même signe pour opérer sans tarder des malades par ailleurs insuffisamment étudiés. »

La valeur diagnostique de la douleur située au point de Mac Burney, ou à l'un des autres points décrits dans son voisinage immédiat, n'est pas douteuse au cours de l'appendicite aiguë ; il n'en est pas de même au cours de l'appendicite chronique.

La constatation d'une douleur à la pression de la fosse iliaque droite n'est pas suffisante à elle seule pour armer la main du chirurgien. En clinique, plusieurs cas peuvent se présenter qui semblent pouvoir être schématisés de la façon suivante :

A) Point de Mac Burney douloureux avec d'autres points douloureux abdominaux.

B) Point de Mac Burney douloureux chez un ptosique.

C) Point de Mac Burney douloureux chez un sujet à hypersensibilité du système nerveux végétatif.

D) Point de Mac Burney douloureux isolément.

Nous étudierons brièvement chacune de ces possibilités.

A) Point de Mac Burney douloureux avec d'autres points douloureux abdominaux

C'est là un cas fréquent : un sujet se plaint de douleurs abdominales plus ou moins diffuses ou localisées en plusieurs endroits précis ; le point de Mac Burney est sensible spontanément et à la pression ; mais le point vésiculaire, le creux épigastrique, ou même tout le cadre colique, le sont également.

Antoine et de Martel disent, avec raison, que la palpation de la fosse iliaque droite doit être systématiquement pratiquée chez tous les malades, quels que soient les troubles qui les amènent à consulter. Mais inversement nous estimons indispensable de palper avec soin tout l'abdomen d'un malade qui se plaint spontanément d'une douleur dans la fosse iliaque droite. On sera surpris, bien souvent, de découvrir ainsi une douleur à la pression de l'angle colique droit, ou à celle de l'angle splénique ; on décèlera assez souvent des zones de spasme, alternant avec des zones de dilatation sur tout le trajet du côlon.

Le point de Mac Burney est douloureux ; mais

malgré cela, il faut parler ici de cœlite et non d'appendicite chronique. Remarquons d'ailleurs que le cæcum et l'appendice peuvent être réellement malades, et que le diagnostic prématuré d'appendicite chronique ne serait pas erroné, mais incomplet et susceptible d'entraîner des décisions thérapeutiques inopportunes.

Chez d'autres malades, nombreux également, c'est au cours d'une cholécystite chronique que l'on retrouve le point appendiculaire douloureux. Il s'agit, le plus souvent, d'une affection à colibacille ; ce germe associé, presque toujours, à l'entérocoque, se développe à la faveur de la stase cæcale, il pullule, se diffuse et l'infection intéresse le côlon et la vésicule biliaire. La pratique des tubages duodénaux a montré la grande fréquence de ces cholécystites infectieuses non lithiasiques, au cours desquelles les signes cliniques peuvent rester fort discrets.

B) Point de Mac Burney douloureux chez un ptosique

Ici le diagnostic est impossible sans examen radiologique et l'erreur de diagnostic est encore plus fréquente que dans le cas précédent.

Il s'agit de malades souffrant de la fosse iliaque droite, sans autres localisations douloureuses abdominales. La tentation est grande d'affirmer le diagnostic d'appendicite chronique, après le seul examen clinique.

Il faut repérer le point douloureux avec une petite rondelle de plomb et examiner le malade à l'écran en position debout, puis en décubitus dorsal, après ingestion de baryte, et en position couchée après lavement opaque.

On s'aperçoit alors que le point de Mac Burney ne répond pas à l'appendice ; mais à l'angle colique droit plus ou moins fortement ptosé.

*C) Point de Mac Burney douloureux chez
un sujet « nerveux »*

Un malade anxieux, préoccupé de sa santé, vient consulter pour appendicite chronique. Il s'agit d'un sujet à tendances névropathiques, inquiet de la teinte blanchâtre de sa langue, angoissé sur la constatation d'une constipation plus ou moins marquée et qui localise sa douleur à la fosse iliaque droite ; il en étudie avec soins toutes les modalités et les décrit avec une grande richesse de détails.

Ces sujets ayant souvent des nausées et des vomissements, le diagnostic est loin d'être aisé. Bien souvent le malade parvient à imposer l'intervention et le chirurgien procède à l'ablation d'un appendice sain. Quant aux troubles intestinaux, ils persistent après l'opération, dans la plupart des cas.

D) Point de Mac Burney douloureux isolément

Dans cette catégorie, il faut comprendre des sujets ayant un point de Mac Burney douloureux répondant radiologiquement à l'appendice, aussi bien en position debout que couchée, le point douloureux suivant le bord gauche du cæcum dans tous ses déplacements.

Cette douleur domine le tableau clinique ; c'est le signe capital, chez des malades qui ne présentent pas par ailleurs d'hypersensibilité nerveuse.

L'examen complet de leur abdomen permet d'éliminer une lésion vésiculaire, duodénale ou colique. Le point de Mac Burney est ici vraiment isolé.

Quelques troubles fonctionnels peuvent compléter le tableau clinique : nausées, vomissements, parfois un spasme du pylore ; mais ces signes sont d'importance secondaire ; ils ne font qu'accompagner la douleur de la fosse iliaque droite, qui occupe le premier plan du tableau clinique.

Le diagnostic d'appendicite chronique est ici très probable ; encore pourra-t-il s'agir soit de typhlocôlite chronique ou subaiguë, soit d'adhérences péricoliques et péri-appendiculaires, pouvant intéresser également l'ovaire droit ; soit enfin l'appendicite chronique simple, cas paraissant de beaucoup le plus rare.

E) *Fréquence de ces différentes catégories cliniques*

Pour résumer la fréquence respective de ces différents cas, nous reproduirons le pourcentage publié par Salmon en Décembre 1942. En consultant sa statistique personnelle, cet auteur trouve les chiffres suivants :

Point de M.B. au cours des côlites	15 %
Point de M.B. au cours des cholécystites	10 %
Point de M.B. chez des ptosiques.....	29 %
Point de M.B. chez des névropathes....	37 %
Point de M.B. répondant réellement à une appendicite chronique	9 %

(Il est bien entendu que l'appendicite aiguë n'est pas en question ici.)

Ainsi, sur 100 cas où le point de Mac Burney était douloureux 9 fois seulement, le diagnostic d'appendicite chronique aurait été justifié ; dans 37 cas, au contraire, il s'agissait d'une entéronévrose.

Pour conclure, on peut donc dire que :

1° Le diagnostic d'appendicite chronique ne peut être qu'un diagnostic d'élimination.

2° Le diagnostic d'appendicite chronique ne peut être basé sur la simple constatation clinique d'un point de Mac Burney douloureux ; il exige, avant d'être affirmé, un examen radiologique.

3° Une épreuve pharmacologique peut être fort utile pour préciser ce diagnostic.

Ce diagnostic, répétons-le, est important à faire d'une façon sûre, car les conséquences thérapeutiques qui en résultent sont capitales pour l'avenir fonctionnel du malade.

En pratique, on ne doit jamais se presser d'opérer une soi-disant appendicite chronique. Louis Ramond y insiste avec juste raison dans l'intéressante clinique qu'il a consacrée à cette question. Le résultat des opérations, trop hâtivement faites peut être désastreux et nous voyons encore trop souvent dans les consultations de gastro-entérologie ces balafres de l'abdomen, dont parlait déjà Dieulafoy.

Jacquet préconise un long traitement médical avant de recourir à l'intervention et Salmon estime que près de 95 % des malades opérés d'appendicite chronique après un examen incomplet souffrent autant, ou même plus qu'avant l'intervention.

DIAGNOSTIC POSITIF DES ENTERONEVROSES

Si le diagnostic d'appendicite chronique est difficile, il en est de même de celui des entéronévroses.

Pour beaucoup, ce nom d'entéronévroses semble quelque peu démodé ; il paraît commode de conserver cette appellation, car elle englobe un certain nombre de faits ayant entre eux des liens de parenté évidents.

Barrias, le premier, en 1826, consacra un important travail aux troubles fonctionnels de l'estomac et de l'intestin. Se basant sur sa propre observation, il y fit, une centaine d'années avant Jacquet, la description de la dyspepsie pulsatile ; mais à cette époque, la théorie organique régnait en maîtresse et l'on estimait qu'à chaque affection correspondait une lésion anatomique donnée. Le travail de Barrias sembla être une pure vue de l'esprit, ne répondant nullement à la réalité, et il fallut attendre les travaux beaucoup plus récents sur le pneumogastrique et le sympathique pour que l'on revienne à la conception de l'auteur ancien.

Laiguel-Lavastine, dans son célèbre ouvrage sur le sympathique, avait décrit un certain nombre de syndromes sympathiques et para-sympathiques digestifs.

Oddo, de Marseille, et ses collaborateurs, proposèrent en 1926 le nom de « sympathèses » pour

désigner les synergies fonctionnelles intéressant les différents organes abdominaux.

Rachet, enfin, publia en 1943 un important travail consacré à l'innervation de l'intestin et montra le rôle des différents nerfs dans l'innervation du côlon et de l'intestin grêle.

Malgré toutes ces recherches, malgré l'accumulation de nouvelles précisions, le diagnostic des entéronévroses s'avère fort difficile, par suite de la confusion clinique régnant encore dans ces différents syndromes douloureux de l'abdomen.

Dans ce qui suit, nous allons essayer de mettre en relief les principaux symptômes des entéronévroses ; mais nous sommes obligés de reconnaître encore une fois que leur tableau clinique est très vague, qu'elles s'accompagnent de troubles aberrants et associés qui en compliquent la physionomie et que l'on ne peut guère considérer comme signes qui leur soient propres, ou tout au moins qui leur soient constants, que trois manifestations cliniques traduisant l'atteinte du système nerveux abdominal :

- 1° Les spasmes,
- 2° Les dilatations,
- 3° Les manifestations douloureuses.

Les deux premiers de ces symptômes sont essentiellement des signes physiques, le troisième étant en quelque sorte leur manifestation fonctionnelle.

I. — LES SPASMES

Le spasme du côlon constitue un signe particulièrement fréquent au cours des affections intestinales, qu'il s'agisse d'affections pariétales, intra-in-

testinales, ou péri-intestinales. Le spasme est en sorte une réaction de l'intestin, organe creux, à une excitation venant du dedans ou du dehors.

Chaque fois qu'il y a spasme, il faut donc rechercher tout d'abord une épine irritative. C'est ainsi que l'on peut trouver une infection ou une lésion de voisinage telle que gastrite, cholécystite, annexite, voire même appendicite chronique ; ce dernier fait nous montre encore la difficulté diagnostique qu'il y a dans nombre de cas à distinguer une appendicite chronique vraie d'une entéronévrose.

Mais très souvent on ne trouve rien à l'examen le plus minutieux et le spasme semble être dû à une irritabilité générale, à un déséquilibre du système nerveux végétatif ; ce sont ces cas seuls qui méritent le nom d'entéronévrose.

Ces spasmes intestinaux, plus ou moins douloureux, siègent en un ou plusieurs points du cadre colique ; leurs zones d'élection sont l'angle colique droit, l'angle splénique et la partie inférieure du côlon descendant, surtout dans la région de l'anse sigmoïde.

Le spasme du côlon droit et celui du côlon descendant sont décelables par la palpation profonde, qui permet de percevoir une véritable corde roulant sous l'extrémité des doigts. Au contraire, le spasme du côlon transverse ne peut guère être mis en évidence que par l'étude radiologique du transit intestinal. Quant au spasme du côlon sigmoïde, bas situé, c'est une constatation de radiologie et de rectoscopie.

Chez certains malades on ne trouve qu'un seul de ces spasmes ; mais souvent ils sont plus ou moins nettement associés et leurs localisations peuvent varier d'un examen à l'autre.

II. — LES DILATATIONS

L'atonie colique n'entraîne, au cours des entéronévroses que des dilatations localisées; celles-ci siègent surtout au cæcum, en amont de l'angle sous-hépatique et au niveau de l'angle splénique.

Elle peut exister seule, donnant alors le tableau cinique de l'aérocolie. Lorsqu'elle prédomine à l'angle splénique, elle entraîne même parfois des troubles pseudo-cardiaques qui peuvent égarer le diagnostic.

D'autres fois, la dilatation est associée aux spasmes et l'importance relative de ces deux signes peut varier d'un jour à l'autre.

Cette dilatation présente souvent des paroxysmes, pouvant entraîner un météorisme abdominal important, prenant parfois l'allure d'une subocclusion.

A l'examen physique de tels malades, on constate une dilatation plus ou moins marquée de l'abdomen, soit dans la région paraombilicale, soit surtout dans l'hypochondre droit. La percussion donne une tonalité variable, d'autant plus aiguë que les gaz se trouvent sous une plus grande tension.

III. — LES MANIFESTATIONS DOULOUREUSES

Comme nous l'avons dit plus haut, ces manifestations douloureuses peuvent être considérées comme la traduction fonctionnelle du spasme et de la dilatation.

Elles comportent d'un part la sensation de douleur sourde, avec crises aiguës, accompagnant le

spasme ; d'autre part, la sensation de distension accompagnant l'aérocolie ; enfin, les coliques intestinales, qui sont dues aux difficultés de transit des matières et des gaz consécutives elles aussi à l'existence de spasmes et de poches de dilatation associés.

*
**

Tels sont les trois signes propres aux entéronévroses ; mais ils s'associent très souvent à d'autres signes qui se surajoutent à eux et peuvent occuper le premier plan du tableau clinique.

Par exemple, l'élévation de température est liée à une infection intestinale concomitante et ne relève pas en propre des entéronévroses.

De même la diarrhée, accompagnée ou non de glaires, traduit, en plus des troubles mécaniques du transit, des perturbations glandulaires et muqueuses ne relevant pas directement de l'entéronévrose.

D'autre part, un certain nombre de faits plaident en faveur du diagnostic positif de l'entéronévrose ; constatations basées sur le sexe et l'aspect du malade.

Les entéronévroses sont nettement plus fréquentes chez la femme ; elles se voient également chez l'homme ; mais il s'agit alors, le plus souvent, de sujets longilignes à système pileux développé, présentant des sudations faciles et excessives, sujets amphotoniques ou vagotoniques qui ont, outre leurs troubles intestinaux, des troubles neuro-végétatifs à distance.

L'évolution des entéronévroses est également assez caractéristique, elle est dénuée de toute tendance régulièrement cyclique. Elle dure indéfiniment, s'atténuant à certains moments, s'exacerbant

à d'autres, sans que l'on puisse retrouver un rythme saisonnier ou autre.

Par contre, on remarque souvent que les poussées aiguës coïncident avec des émotions, des chagrins ou des périodes de surmenage physique ou intellectuel.

L'existence d'une légère élévation thermique, traduisant une discrète infection intestinale, ne doit pas faire hésiter le diagnostic en cas d'entéro-côlite infectieuse. Les signes généraux sont plus marqués, l'élévation de température plus nette et l'examen coprologique montre des perturbations qui n'existent pas en cas d'entéronévroses.

*
* *

De ce qui précède, on peut conclure que le diagnostic d'entéronévrose, comme celui de l'appendicite chronique, ne peut être qu'un diagnostic d'élimination : il faut être extrêmement prudent avant de l'affirmer. Pour le faire, l'examen radiologique, l'examen rectoscopique, l'examen coprologique, sont de précieux appoints. Mais une épreuve pharmacologique, permettant de discriminer ce qui est organique de ce qui est fonctionnel, ne semble pas inutile.

C'est cet intérêt pratique qui explique et justifie la mise au point de l'épreuve à l'ésérine et aux bromures, que nous allons expliquer dans les pages qui suivent.

CONSIDÉRATIONS PATHOGENIQUES SUR L'APPENDICITE CHRONIQUE ET LES ENTÉRONÉVROSES

Avant d'exposer la technique de l'épreuve et ses résultats, nous croyons bon de rappeler quelques notions pathogéniques relatives à l'appendicite chronique et aux entéronévroses. Elles justifieront notre choix quant aux drogues employées pour l'épreuve.

La difficulté de diagnostic que nous avons signalée ci-dessus provient de ce que dans la pathogénie des deux affections, on trouve un certain nombre de facteurs identiques.

Ceux-ci, en effet, peuvent être schématiquement classés sous deux rubriques principales :

- 1° le facteur muqueux,
- 2° le facteur nerveux.

Dans le cas de l'appendicite chronique, le facteur muqueux occupe la première place et constitue l'épine irritative qui déclenchera les troubles nerveux associés.

Dans les cas des entéronévroses, l'inverse se produit : aux troubles primitivement purement nerveux, peuvent succéder à la suite d'une irritation

mécanique prolongée (spasme ou dilatation) des troubles réactionnels de la muqueuse.

Enfin, un troisième facteur peut jouer accessoirement un rôle : le facteur infectieux, le plus souvent primitif dans les appendicites chroniques, le plus souvent secondaire dans les entéronévroses.

L'intrication de ces différents facteurs pathogéniques explique les ressemblances et dissemblances du tableau clinique. En effet, l'appendicite chronique se traduira par des signes locaux dans la fosse iliaque droite avec retentissement à distance, dus aux spasmes réflexes d'origine nerveuse ; au contraire, les entéronévroses entraîneront, outre des signes abdominaux diffus, une sensibilité de la région appendiculaire, par suite de l'existence d'un spasme de l'iléon, d'une iléite terminale ou encore d'une dilatation cæcale.

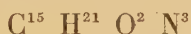
C'est l'intrication de ces différents signes que l'épreuve pharmacologique doit arriver à dissocier.

EPREUVE A L'ÉSÉRINE ET AUX BROMURES

Après une série de tâtonnements, nous nous sommes arrêté à l'épreuve à l'ésérine et aux bromures, dont nous allons exposer maintenant les modalités et les résultats, après avoir justifié son choix.

1° — L'ÉSÉRINE

L'ésérine ou physostigmine, est le principe actif de la fève de Calabar. Chimiquement, c'est un alcaloïde répondant à la formule :



et donnant des sels, dont le plus utilisé, parce que le plus stable, est le salicylate.

Initialement employée en ophtalmologie, pour son action antiglaucomateuse, l'ésérine fut ensuite expérimentée dans le traitement des manifestations plus ou moins douloureuses dues à une hyperexcitabilité du système sympathique. De ces recherches auxquelles sont associés les noms de Laignel-Lavastine et Fr. Moutier, il résulte que l'ésérine est un excellent médicament des sympathicotonies.

Mais depuis qu'il a été démontré que lors de l'excitation des fibres postganglionnaires du sympathique il y a libération d'une substance semblable à l'adrénaline, la sympathine, intermédiaire chimi-

que entre le nerf et l'organe réceptif, une nouvelle classification des corps agissant sur les organes et appareils innervés par le système autonome a été échafaudée. Dans celle-ci, l'ésérine a été classée comme parasympathicomimétique et à ce titre est considérée comme exerçant dans l'organisme des effets correspondants à l'excitation du système parasympathique.

En outre, l'ésérine agit sur le système nerveux central qu'elle déprime après une première phase d'excitation.

De cette double action physiologique, il importe surtout de retenir que l'ésérine excite la plupart des organes à innervation autonome et à fibres lisses et qu'en particulier elle exagère les mouvements de l'estomac, en même temps qu'elle augmenté le tonus et le péristaltisme intestinal.

2° — BROMURES DE SODIUM ET DE CALCIUM

Nous avons associé à l'ésérine les bromures et parmi ceux-ci notre choix s'est fixé sur le bromure de sodium et le bromure de calcium.

Le bromure de sodium, NaBr, est sensiblement soluble dans son poids d'eau ; sa saveur est moins salée et moins désagréable que celle du bromure de potassium.

Quant au bromure de calcium, Ca Br^2 , très déliquescent, il a une saveur légèrement amère.

La dose thérapeutique de ces deux bromures est de 2 à 5 gr. par jour, chez l'adulte.

Les propriétés pharmacologiques des bromures sont celles du brome. C'est ce métalloïde qui confère aux bromures minéraux le pouvoir d'agir com-

me dépresseurs, aussi bien sur le système nerveux central que sur le système nerveux périphérique.

Autrefois, le bromure de potassium était le plus utilisé; mais depuis plusieurs années déjà, on a tendance à lui préférer, surtout en gastro-entérologie, le bromure de sodium et le bromure de calcium.

Sur le bromure de potassium, le bromure de sodium a l'avantage de ne pas exercer à la longue une action dépressive sur le myocarde; de plus, le bromure de sodium, lorsqu'il est chimiquement pur, met à l'abri des éruptions cutanées (Leven). Cette remarque vaut également pour le bromure de calcium qui jouit, en outre, d'une propriété fort intéressante: grâce au pouvoir antispasmodique de l'ion calcium qui entre dans sa molécule, l'action sédative du brome s'y trouve considérablement renforcée.

Quant à leur action à la fois sédative et antispasmodique sur l'innervation intestinale, les bromures de sodium et de calcium la manifestent en corrigeant l'excitabilité douloureuse de l'intestin et en agissant favorablement sur les spasmes du côlon.

3° — TECHNIQUE DE L'ÉPREUVE

Pour utiliser pratiquement l'association bromures-ésérine, chez des malades présentant des troubles intestinaux de diagnostic discutable, nous avons, à la consultation de gastro-entérologie de la Clinique Chirurgicale de l'Hôpital Cochin, procédé de la façon suivante:

Lorsqu'un malade consulte pour des troubles intestinaux, plus ou moins vagues, paraissant souvent liés à une émotivité excessive, et qu'il existe une douleur à la pression de la zone de Mac Burney,

avant de porter le diagnostic d'appendicite chronique, nous instituons un véritable traitement d'épreuve en deux temps :

1° Pendant 15 jours, le sujet prend 2 comprimés (1) avant chacun des trois principaux repas, soit 6 comprimés par jour, de bromures-ésérine, sans aucune autre thérapeutique.

S'il s'agit d'entéronévrose, les troubles fonctionnels disparaissent assez rapidement en commençant par les spasmes, l'atonie étant plus lente à s'effacer.

Cette épreuve est toujours bien supportée et n'occasionne jamais de phénomènes d'intolérance ou d'accoutumance ; elle ne comporte pas de contre-indications.

2° Si aucun soulagement ne se produit dans les délais ci-dessus, nous donnons pendant une quinzaine le traitement charbon-désinfectant, en particulier, nous associons l'oxyquinoléine au bismuth, au Curcuma et à l'Ipéca à petites doses. Une telle thérapeutique entraîne une guérison rapide en cas de colite infectieuse légère.

Le charbon végétal, le carbonate de bismuth et le carbonate de calcium, calment l'irritation de la muqueuse et absorbent d'une façon satisfaisante les gaz intestinaux. La formine, le salicylate de soude et surtout l'acide iodo-quinoléine-sulfonique associé à l'Ipéca à petites doses, et au bismuth, agissent comme désinfectants.

Nous avons aussi obtenu de bons résultats en

(1) Chaque comprimé utilisé dans nos essais renfermait :

Bromure de sodium	0 gr. 125
Bromure de calcium	0 gr. 125
Salicylate d'ésérine	0 mmgr. 165

prescrivant les peptones magnésiées, préconisées par Savy.

3° Si le point de Mac Burney continue à être sensible, après ces deux épreuves, nous prolongeons pendant des mois, s'il est nécessaire, le traitement médical avant d'envisager l'intervention, d'accord en cela avec Jacquet et A.-R. Salmon.

OBSERVATIONS

I. — ENTÉRONÉVROSES

Observation 1. — Ber... Louise, 32 ans, vient consulter à l'Hôpital Cochin le 6 Juillet 1944 pour troubles intestinaux survenant au troisième mois d'une grossesse normale ; il s'agit d'une douleur persistante dans la fosse iliaque droite avec alternatives de diarrhée et de constipation.

L'examen clinique montre un point de Mac Burney douloureux à la pression et des poches gazeuses étagées sur tout le cadre colique, surtout importantes dans la région de l'angle splénique. La malade se plaint de crises douloureuses paroxystiques au cours desquelles ces poches gazeuses se dilatent nettement.

Avant sa grossesse, elle avait eu déjà de semblables phénomènes et l'on avait parlé d'appendicite chronique.

Nous lui administrons 6 comprimés par jour de bromures et d'ésérine, en association : 2 comprimés avant chaque repas. Quinze jours après les phénomènes douloureux ont entièrement disparu. A l'examen physique, on constate une notable diminution des poches gazeuses et, surtout, une disparition complète de la douleur à la pression du point de Mac Burney.

Il s'agissait donc d'une entéronévrose et non d'une appendicite chronique.

Observation 2. — Ger... François, 39 ans, représentant de commerce, vient consulter pour une crise douloureuse caractérisée par une douleur sourde s'exacerbant une fois par semaine environ en une crise plus aiguë accompagnée de nausées. Les douleurs spontanées et la douleur à la pression siégeant dans la fosse iliaque droite, on a porté le diagnostic d'appendicite chronique et conseillé l'opération dans un bref délai.

L'examen radiologique fait avec repérage du point de Mac Burney, montre que celui-ci, aussi bien en position debout que couchée, est nettement situé plus haut que l'insertion de l'appendice sur le cæcum ; il s'agit d'une ptose cæcale importante chez un sujet à système neuro-végétatif irrité.

De très légères poussées thermiques traduisent une petite infection intestinale ; mais la fièvre extrêmement fugace ne dépasse jamais 38° certains soirs.

Le malade a été traité sans succès par du charbon et des poudres absorbantes. Nous lui prescrivons l'association bromures-ésérine, à raison de 6 comprimés par jour, les quatre premiers jours de chaque semaine. Une amélioration notable se produit en une dizaine de jours ; lorsque nous revoyons le malade un mois plus tard, il peut être considéré comme guéri.

Depuis un an et demi que ce malade est suivi, il a eu deux rechutes qui ont été rapidement enrayerées par les bromures et l'ésérine.

Observation 3. — Nor... Bernadette, 23 ans, sténodactylographe, vient consulter le 15 Juillet 1944 pour épigastralgie.

L'examen clinique montre chez elle deux points douloureux très nets, spontanément et à la pression,

au creux épigastrique et dans la fosse iliaque droite.

Le traitement bromure-ésérine entraîne une disparition des troubles et en particulier de la sensibilité de la fosse iliaque droite, au bout de trois semaines environ.

Observation 4. — Gau... Jeanne, 39 ans, ouvrière d'usine, vient consulter le 1^{er} Juin 1944 pour des douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite, s'exacerbant parfois en crises assez aiguës pour entraîner des pertes de connaissance. Au moment des paroxysmes, se produisent des nausées ; mais il n'y a jamais de vomissements. La malade signale en outre des alternatives de diarrhée et de constipation.

Un premier traitement lui a été prescrit comportant du charbon et du kaolin, le résultat n'a été que très passager et les douleurs ont repris au bout de quelques jours.

Un second traitement, à base d'atropine, n'a pas donné un meilleur résultat. Par contre, l'association bromures-ésérine fait disparaître la pesanteur de la fosse iliaque droite et espace considérablement les crises aiguës.

Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, cette malade put être considérée comme guérie à la fin de la sixième semaine.

Observation 5. — Mar... Marie, 30 ans, vient consulter le 3 Mai 1944 pour ballonnement abdominal, diarrhée augmentant au moment des règles et douleurs vives dans la fosse iliaque droite.

L'examen clinique permet de constater de violents battements épigastriques et un point douloureux dans la région de Mac Burney. De plus, le toucher vaginal montre une rétroversion utérine très nette.

Le diagnostic d'appendicite chronique avait été porté mais après six jours de traitement bromures-ésérine, tous les troubles disparaissent sauf un léger ballonnement qui persiste pendant trois semaines.

Il ne s'agit donc pas d'appendicite chronique ; mais d'une entéronévrose et la guérison complète est obtenue en trois semaines.

Observation 6. — Pal... Denis, 48 ans, mécanicien, a subi une gastro-entérostomie le 29 Avril 1944 pour ulcère pylorique. Il revient consulter à la fin du mois de Mai 1944 pour des douleurs au creux épigastrique et surtout dans la fosse iliaque droite.

L'examen révèle une douleur très nette à la pression du point de Mac Burney et le médecin habituel du malade nous l'adresse avec un diagnostic d'appendicite chronique.

L'examen radiologique montre un bon fonctionnement de la bouche de gastro-entérostomie et une ptose colique qui fait que le point de Mac Burney répond non pas à l'appendice mais à l'angle colique droit.

On prescrit au malade six comprimés par jour de bromures-ésérine et l'on constate une sédation des phénomènes douloureux en six jours environ.

Observation 7. — Hus... Ernest, 66 ans, employé à la C.P.D.E., vient consulter pour amaigrissement et troubles digestifs assez vagues, qui s'exagèrent par crises, au cours desquelles le maximum de la douleur est situé dans la fosse iliaque droite.

L'examen clinique permet de constater une douleur nette au point de Mac Burney.

Le 17 Février 1944, on prescrit au malade, qui est alors vu pour la première fois, l'association bro-

mure-ésérine. Il revient consulter le 11 Mars, il ne souffre plus et a grossi de 3 kilos en trois semaines. Le 1^{er} Mai, la guérison s'est maintenue et le poids du malade a encore augmenté de 2 kilos. Le 8 Juin, l'état de santé est toujours satisfaisant ; le malade signale un fait curieux : il présente, depuis plusieurs années sans pouvoir préciser, une gynécomastie bilatérale, sans écoulement à la pression et sans adénopathie concomitante. Or, cette mammite régresse lorsqu'il cesse le traitement bromures-ésérine et augmente au contraire pendant la période où il suit le traitement.

Observation 8. — Leb... Marcel, 31 ans, gardien de prison, vient consulter le 10 Mai 1944 pour des douleurs qu'il attribue à une appendicite chronique.

Il a de violentes crises douloureuses dans la fosse iliaque droite, deux heures environ après les repas ; à ce moment, son ventre se ballonne, il étouffe et son cœur s'accélère.

L'examen clinique montre qu'il s'agit d'aérocologie survenant chez un sujet à système neuro-végétatif déséquilibré.

Le traitement d'épreuve bromures-ésérine entraîne une guérison complète douze jours et permet ainsi d'éliminer le diagnostic d'appendicite chronique. Le malade est revu 3 semaines plus tard, la fosse iliaque droite est complètement indolore à la palpation, même profonde.

Observation 9. — Seg. André, 38 ans, surveillant de travaux, vient consulter le 6 Décembre 1943 pour douleur au creux épigastrique, pesanteurs postprandiales et douleurs dans la fosse iliaque droite.

On prescrit l'association Bromures-ésérine, le

22 Mars 1944 le malade est revenu et signale une amélioration considérable. Le 13 Mai, on constate une disparition complète des troubles. Le 6 Juin, se produit une légère rechute ; mais le 6 Juillet, la guérison est complète et depuis cette époque le malade n'a plus ressenti aucun trouble.

Observation 10. — Ri... Jeanne, 42 ans, sans profession, est une grande nerveuse qui vient consulter pour douleurs sourdes et persistantes dans la fosse iliaque droite, avec exagération au cours de la marche et dans certaines positions. Il y a parfois constipation intense, pendant laquelle s'exagère la douleur et la température monte à 39° en brusque crochet. Ici le diagnostic paraît être celui d'entéro-névrose accompagnée d'infection intestinale, sans que l'on puisse parler d'appendicite chronique.

Un traitement désinfectant de l'intestin est mis en œuvre ; la poussée thermique disparaît assez rapidement mais la sensibilité et la gêne dans la fosse iliaque droite ne sont nullement modifiées.

On substitue au traitement précédent l'administration de 6 comprimés par jour de bromures associés à l'ésérine, le résultat est démonstratif ; une amélioration considérable se produit en 4 jours. La guérison complète se produit en 15 jours et depuis plus d'un an que cette malade est suivie, deux ébauches de rechutes, seulement ont nécessité la reprise de la thérapeutique, avec guérison en moins de quatre jours chaque fois.

Nous pourrions encore apporter un certain nombre d'observations semblables, mais toutes se

reproduisent à peu près identiques, à quelques détails près.

Nous préférons envisager maintenant une autre catégorie de malades où la thérapeutique bromures-ésérine nous a donné aussi des résultats intéressants, non plus au point de vue diagnostic, mais au point de vue thérapeutique.

II. — APPENDICECTOMISÉS POUR SOI-DISANT APPENDICITES CHRONIQUES

Observation 11. — Men. Lucienne, 18 ans, étudiante, souffrait depuis son enfance d'entérite ; à l'âge de 15 ans, elle a présenté des crises plus aiguës, siégeant dans la fosse iliaque droite. Le diagnostic d'appendicite a alors été porté et l'opération a été pratiquée. Elle fut suivie d'une guérison apparente de cinq mois environ, puis les crises douloureuses reprirent comme par le passé.

L'examen clinique montre une douleur très nette dans la région de la cicatrice opératoire, avec dilatation du cæcum et du côlon ascendant. L'examen radiologique révèle l'existence d'une péricolite droite importante.

Une série de 15 séances de diathermie sur la partie droite de l'abdomen associée au traitement bromures-ésérine permet une disparition des troubles douloureux, qui se maintient depuis deux ans.

Observation 12. — Dep... Jacques, 22 ans, employé de commerce, a été appendicectomisé pour soi-disant appendicite chronique il y a deux ans (1942). Depuis, il souffre de la fosse iliaque droite au moins autant qu'avant son opération.

Le traitement bromures-ésérine le soulage en

15 jours et des cures complémentaires de 10 jours, à raison de une par trimestre, lui permettent d'enrayer rapidement quelques petites rechutes.

Observation 13. — Tri... André, 28 ans, gardien de nuit, vient consulter en novembre 1943. Il souffre depuis son enfance dans l'abdomen, avec maximum des douleurs dans la moitié droite. Une appendicectomie faite en 1942 a aggravé ses douleurs abdominales.

L'administratiton quotidienne de deux comprimés de bromures-ésérine, avant chaque repas, entraîne une atténuation sensible des troubles avec guérison complète en cinq semaines.

*
* *

Ces observations choisies entre beaucoup d'autres démontrent que l'appendicectomie faite trop vite chez des sujets paraissant atteints d'appendicite chronique, peut n'apporter aucune amélioration et même, bien souvent, aggraver l'état intestinal de tels malades.

Si cela est vrai chez des malades atteints d'entéronévroses, ce l'est encore plus dans les cas où il existe de l'infection intestinale et où, de ce fait, l'opération sera souvent l'origine d'une péritiviscérite post-opératoire.

Dans tous ces cas, l'association bromures-ésérine donne de bons résultats ; mais il en est d'autres où elle entraîne à un échec ; celui-ci a, comme nous allons le voir, une valeur diagnostique, qui fait d'ailleurs une grande partie de l'intérêt pratique de l'épreuve que nous avons étudiée.

III. — APPENDICITES CHRONIQUES VRAIES

Observation 14. — Jon... Georges, 48 ans, plombier, vient consulter au début de 1943 pour des douleurs vagues intéressant le cadre colique tout entier ; mais particulièrement vives au point de Mac Burney.

L'examen radiologique, fait à trois reprises différentes, montre que le point douloureux répond bien, dans toutes les positions, à l'insertion de l'appendice sur le cæcum.

Un traitement par les bromures et l'ésérine est prolongé pendant plusieurs mois, sans obtenir un succès complet, il persiste une douleur très nette dans la fosse iliaque droite.

On recourt alors, pendant trois mois, à un traitement désinfectant intestinal : l'examen clinique et l'examen radiologique montrant encore l'existence d'une zone appendiculaire douloureuse, on fait procéder à l'appendicectomie qui montre un appendice gros, congestionné, collé contre le cæcum par des adhérences.

Cette appendicectomie est suivie d'une guérison complète qui se maintient depuis plus de dix-huit mois.

Observation 15. — Cla... Louise, 27 ans, institutrice, vient consulter en Janvier 1944 pour douleurs dans la fosse iliaque droite, avec épigastrie et digestions lentes, accompagnées de nausées et de vomissements.

La malade est nerveuse et on a tendance à porter chez elle le diagnostic de gastro et entéro-névrose.

L'échec de l'épreuve aux bromures-ésérine est complet. La malade est revue huit mois plus tard,

alors qu'elle vient de se faire retirer l'appendice.

L'intervention chirurgicale a eu un résultat excellent, qui s'est maintenu depuis. Il s'agissait donc bien, semble-t-il, d'une véritable appendicite chronique.

*
* *

Nous possédons encore une dizaine d'observations assez semblables aux deux précédentes et qui confirment elles aussi la valeur diagnostique de l'échec des bromures et de l'ésérine.

Nous croyons donc, de tout ce qui précède, pouvoir tirer un certain nombre de conclusions qui justifieront, nous l'espérons, l'intérêt pratique de notre travail.

Nous voudrions auparavant rappeler que les résultats obtenus par nous avec l'association bromures-ésérine, ne constituent qu'un cas particulier, au milieu des nombreuses indications de cette thérapeutique.

A la consultation de gastro-entérologie de l'Hôpital Cochin, nous l'avons vu souvent employer avec succès dans les gastronévroses et dans tous les troubles fonctionnels du tube digestif : dyspepsies réflexes, syndrome post-prandial précoce (Carrié), troubles pseudo-cardiaques des aérophages, troubles gastriques et intestinaux des biliaires.

On peut dire que le salicylate d'ésérine, associé aux bromures de sodium et de calcium est un des traitements les plus efficaces de tous les déséquilibres du sympathique abdominal.

CONCLUSIONS

1° — Le diagnostic différentiel entre une lésion organique, comme l'appendicite chronique, et un trouble fonctionnel du tractus digestif, comme une entéronévrose, est malaisé et nécessite l'emploi de moyens d'exploration qui ne sont pas toujours à la disposition de tous les praticiens. Il semblait donc utile de chercher à mettre au point une épreuve pharmacologique utilisable en tous temps et en tous lieux.

2° — Parmi les différentes substances pharmacologiques essayées, nous avons retenu les bromures de sodium et de calcium, qui agissent sur le système nerveux central, et le salicylate d'ésérine, dont l'action parasymphicomimétique est maintenant bien connue.

3° — En associant bromures et ésérine, on obtient une véritable synergie médicamenteuse, faisant disparaître rapidement les spasmes et l'atonie et ayant de plus l'avantage d'être toujours bien supportés.

4° — En cas d'entéronévrose, le malade est considérablement amélioré en quelques jours et la guérison complète peut se produire en quelques semaines. S'il s'agit au contraire d'une appendicite chronique vraie, quelques phénomènes nerveux surajou-

tés disparaissent seuls et le résultat thérapeutique est peu net. Il y a donc là une épreuve diagnostique d'une réelle valeur.

5° — Dans le cas d'entéronévrose, comme d'ailleurs dans celui de gastronévrose, l'épreuve diagnostique par l'association bromures-ésérine se double d'un procédé thérapeutique très efficace, la guérison obtenue pouvant être définitive, à condition de continuer le traitement suffisamment longtemps, ce qui peut être toujours fait, sans crainte d'accoutumance ou d'intolérance.

Vu : *Le Doyen,*
BAUDOUIN.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
Henri BÉNARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
C. ROUSSEY.

BIBLIOGRAPHIE CONSULTÉE

- ANTOINE. — Le diagnostic de l'appendicite chronique (Gaz. des Hôp. 1922, n° 92, p. 1.487).
- ANTOINE (E.) et DE MARTEL (Th.). — Les raisons pour lesquelles on diagnostique trop souvent l'appendicite chronique (Journ. Médic. Franç. 1924, n° III, p. 226).
- BONNIN (R.). — Les formes gastralgiques de l'appendicite chronique (Thèse de Paris, 1930, n° 419).
- BRULE. — Sur le diagnostic de l'appendicite chronique (Presse médic. 1924, n° 91, p. 893).
- CHENE (P.). — La médication antispasmodique en thérapeutique digestive (Presse médic. 1931, 5 Décembre).
- CHEVALLIER (P.). — Faut-il opérer l'appendicite chronique ? (L'Hôpital, 1925, n° 2, p. 129).
- CHIRAY, LARDENNOIS et BAUMANN. — Les côlites chroniques (1 vol., Masson, Paris, 1934).
- CHIRAY (M.), A.-R. SALMON et ROGER (E.). — Thérapeutique clinique journalière des Maladies du foie et des voies biliaires (1 vol., Paris, Maloine, 1943).
- CHIRAY (M.) et STIEFFEL. — Comment comprendre et comment traiter à l'heure actuelle la côlite spasmodique ou muco-membraneuse (Monde médic., 1935, n° 870, p. 889).
- DESMARET. — Le diagnostic de l'appendicite chronique (Journ. de Médec. de Lille, 1933, n° 9, p. 253).

- DVOIRIN (D.). — Le syndrome immédiat (Thèse de Paris, 1936).
- FAROY. — L'appendicite chronique (Conc. Médic. 1929, 18 Décembre, numéro du cinquantenaire, p. 43).
- FAROY, BAUMANN et LEMAIRE (A.). — L'appendicite chronique, ses complications, son traitement (Journ. médic. franç., 1924, n° 6, p. 133).
- FLANDIN (Ch.). — Faut-il opérer les appendicites chroniques ? (Presse médic., 1924, n° 91, p. 893).
- GODARD (P.). — La côlite fonctionnelle « dyscolie sensitivo-motrice » (Cahiers de gastro-entérologie, 1938, 15 Nov., p. 12).
- GRÉGOIRE (R.). — Les pseudo appendicites chroniques (Paris médic., 1920, n° 19, p. 379).
- JACQUET (P.). — La crise entéralgique et l'appendicite chronique à forme entéralgique (Presse médicale, 1934, n° 29, p. 578).
- JACQUET (P.) et GALLY (L.). — Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique (Presse méd., 1931, n° 21, p. 376).
- JAUSION. — Formes radiologiques de l'appendicite chronique (Revue de médéc. de l'Est, 1922, n° 8, p. 221).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Pathologie du sympathique (1 vol., Paris, Alcan, 1924).
- Les réactions sympathiques et endocriniennes chez les psychonévrosés (Monde Méd., 1928, n° 731, p. 578).
- et BONNARD. — Traitement médical des sympathalgies abdominales (Journ. de Méd. de Paris, 1936, n° 43, p. 335).
- LEBÉE (L.). — Les états neuro-végétatifs (Conc. Médic. 1935, n° 4 et 5, p. 221 et 299).
- LECLERC (G.). — Appendicite chronique et fausses appendicites (Bourgonne médic. 1923, n° 4, p. 52).

- LEVEN (G.). — L'aérophagie (1 vol., Paris, Doin, 3^e édit.).
- MOLLARD (H.). — Sympathologie (Journ. de médec. et de chir. prat., 1937, n^o 19, p. 517).
- MORIN (G.). — Physiologie de l'innervation motrice et inhibitrice gastro-intestinale (Biologie médic. 1943, n^o 1, 2, 3, p. 1 à 33).
- MOUGEOLLE (J.-C.-A.). — Etude radiologique de l'appendicite et ses applications au diagnostic de l'appendicite chronique (Thèse de Nancy, 1922-23, n^o 205).
- MOUTIER (F.). — Essai clinique et thérapeutique sur les crises solaires ; leur traitement par l'ésérine (Arch. des Mal. de l'app. digest., 1920, p. 471).
- MULLER (P.). — Les syndromes douloureux chroniques de la fosse iliaque droite (Journ. de méd. de Paris, 1929, n^o 11, p. 226).
- ODDO (C.) et DE LUNA (Ch.). — Sympathèses gastro-intestinales (Gaz. des Hôpit., 1924, n^o 80, p. 1321).
- ODDO (C.), DE LUNA (C.) et ODDO (J.). — Les sympathèses hépatointestinales (Gaz. des Hôp., 1924, n^o 2, p. 21).
- PÉRIER (E.-A.) et FAUREL (J.). — Traitement de la constipation par le blocage du sympathique (Journ. de Médec. et de chir. prat., 1943, Oct., p. 174).
- RACHET. — Côlites et colopathies (Revue de médecine, 1936, n^o 7, p. 375).
- SALMON (A.-R.). — Au sujet de l'appendicite chronique (Rev. de Médec. 1935, n^o 4, p. 220).
- Entéronévrose et appendicite chronique (Revue de Médec. et de chir. pratique, 1942, Décembre, p. 269).
- STIEFFEL (R.). — Diagnostic et traitement de la côlite muco-membraneuse (Bull. médic. 1931, 15 Août, p. 567).

